

Zakres wiedzy i umiejętności z reumatologii, jakie powinien mieć współczesny lekarz kończący studia. Materiały do dyskusji

*Scope of knowledge and skills in the field of rheumatology required from
the contemporary medical graduate.*

Topics for discussion

Eugeniusz J. Kucharz

Celem niniejszego artykułu jest próba analizy problemu, jakim jest zakres wiedzy i umiejętności z dziedziny reumatologii, które powinien nabyć każdy lekarz kończący studia medyczne. Artykuł jest również próbą wywołania dyskusji w środowisku reumatologów, mającą na celu ustalenie wymogów i założeń kształcenia przeddyplomowego lekarzy w zakresie reumatologii, tak aby kolejne roczniki lekarzy kończących studia, niezależnie od wyboru kierunku rozwoju zawodowego i miejsca pracy, były dobrze przygotowane do sprawowania właściwej opieki nad osobami z chorobami narządu ruchu.

Przestanki analizy problemu

1. Ostatnie dekady to okres istotnego zwielokrotnienia ilości wiedzy medycznej. Nie jest to jednak jednoznaczne ze zwiększeniem w tym samym stopniu efektywności działań medycznych, ale stwarza znaczący problem przy właściwym przyswojeniu sobie w miarę pełnej wiedzy, nawet w zakresie wąskich specjalizacji szczegółowych.

2. Ostatnie dwie, trzy dekady to okres znaczących, a w niektórych aspektach nawet przełomowych, zmian w reumatologii. Dokonał się istotny rozwój diagnostyki, a jeszcze bardziej terapii, co znacznie przekłada się na efektywność działań reumatologa, ale też wyznacza mu inne zadania szczegółowe w leczeniu. Zmiany te pociągają za sobą potrzebę innego spojrzenia na problemy chorego, m.in. na wczesne wykrywanie chorób narządu ruchu, ocenę skuteczności i przebiegu leczenia i rolę chorób towarzyszących.

3. Nauczanie przeddyplomowe, mimo obowiązujących zaleceń i wymogów ujednolicających je w Polsce i krajach Unii Europejskiej, jest bardzo zróżnicowane między uczelniami. Dotyczy to zarówno cech formalnych nauczania reumatologii (placówki nauczające, układ godzin, podręczniki), jak i nieformalnych. Te ostatnie decydują o „randze” reumatologii wśród przedmiotów internistycznych i innych przedmiotów klinicznych. Niestety, obserwuje się pewnego rodzaju „rywalizację” pomiędzy nauczaniem przedmiotami, a ich zakresem i stopniem przyswojenia przez studentów zależy od rygorystyczności egzaminatora i osób nauczających oraz ich „siły przebicia” wśród różnych przedmiotów nauczanych, a także udziału zagadnień reumatologicznych w końcowych egzaminach sprawdzających. Zjawiska te są ograniczane przez działalność zespołów koordynujących nauczanie chorób wewnętrznych, organizatorów egzaminów testowych z chorób wewnętrznych, a także wymogi obowiązującego po studiach Lekarskiego Egzaminu Państwowego. Z pojedynczych danych wynika jednak, że nauczanie reumatologii przebiega w bardzo różny sposób w poszczególnych ośrodkach akademickich w Polsce.

4. Nieznajomość zmian zachodzących w reumatologii, nawet wśród lekarzy zbliżonych specjalności, sprawia, że czasami jest przyjmowany błędnie stary obraz reumatologii jako dyscypliny o małych możliwościach leczniczych i małym znaczeniu społecznym w całości kształcenia lekniczego.

5. Nie uważam, że celem potrzebnych zmian jest zwiększanie liczby zajęć z zakresu reumatologii ani też

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. med. Eugeniusz J. Kucharz, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Reumatologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, ul. Ziołowa 45/47, 40-637 Katowice

znaczące zwiększanie ilości przekazywanej i wymaganej wiedzy w tym zakresie. Nie dotyczy to ośrodków, w których liczba godzin nauczania reumatologii jest rażąco mała lub zakres nauczania bardzo wąski. Jestem przekonany, że korzystne zmiany można uzyskać, zmieniając treść nauczania, a nie zwiększając liczbę godzin nauczania. Możliwości dodawania godzin lub zwiększenie ilości materiału do przyswojenia są ograniczone i mogą prowadzić do dalszego rozwoju spirali stałego zwiększania wiedzy wymaganej od studenta. Proces ten prowadzi jedynie do szybkiego i powierzchownego uczenia się „do zaliczenia”, z równie szybkim zapominaniem i „wypierania” wiedzy z jednego przedmiotu przez wiedzę z innego. Jedynie zmiana treści (i czasami formy) nauczania może pomóc w lepszym wykształceniu reumatologicznym lekarzy kończących studia.

Zakres i cele przeddyplomowego nauczania reumatologii

1. Lekarz kończący studia ma bardzo zróżnicowane możliwości wyboru drogi rozwoju zawodowego. Przedmiotem analizy w niniejszej pracy są jedynie lekarze ubiegający się o prawo wykonywania zawodu. Wśród nich można wyróżnić, w pewnym uproszczeniu, następujące grupy:

- lekarze, którzy będą pełnić funkcję lekarzy rodzinnych,
- lekarze specjalizujący się w dyscyplinach zachowawczych, przede wszystkim w chorobach wewnętrznych i związanych z nimi specjalizacjach szczegółowych,
- lekarze specjalizujący się w dyscyplinach niezachowawczych i niezwiązanych z chorobami wewnętrznymi lub pediatrią.

Z powyższego podziału wynika, że lekarze dwóch pierwszych grup otrzymują jeszcze pewien zakres wiedzy reumatologicznej w ramach szkolenia podyplomowego. Jego zakres powinien być przedmiotem odrębnej dyskusji. Dla lekarzy ostatniej grupy wykształcenie w zakresie reumatologii może być jedynym źródłem obligatoryjnym wiedzy o chorobach narządu ruchu (w procesie specjalizacji w niektórych specjalizacjach wymagane jest odbycie szkoleń reumatologicznych, np. w ortopedii, rehabilitacji). Dlatego, formułując zakres wiedzy i umiejętności w szkoleniu przeddyplomowym, mamy na uwadze przede wszystkim lekarzy trzeciej grupy, którzy mogą już nigdy nie spotkać się z obowiązującym szkoleniem reumatologicznym, jak również lekarzy, którzy nie będą ubiegać się o żadną specjalizację.

2. Szkolenie przeddyplomowe (a może w jakiejś części również staż podyplomowy) powinno przygotować lekarza ubiegającego się o uzyskanie prawa wykonania zawodu do właściwego podejścia do rozwiązywania następujących problemów:

- wyodrębnienia (tj. rozpoznania) chorych wymagających leczenia reumatologicznego i ustalenia orientacyjnego wstępnego rozpoznania; umiejętność ta powinna dotyczyć wszystkich lekarzy, którzy na podstawie właściwie zebranego wywiadu, badania fizykalnego i ewentualnych badań pracowniowych powinni umieć wskazać chorych wymagających leczenia reumatologicznego (a nie kierować przykładowo chorych na zapalenie wielostawowe do ortopedy),
 - rozpoznania stanów naglących w reumatologii oraz istotnych zagrożeń życia i zdrowia (np. zagrożenia utraty wzroku u chorych na olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnicy skroniowej),
 - znajomości związków swojej specjalności z reumatologią, rozumienie w tym zakresie terminologii reumatologicznej (przykładowo: lekarz okulista wobec zapalenia błony naczyniowej oka czy zespołu suchości),
 - ogólnego zrozumienia współczesnych metod diagnostyki i terapii chorób narządu ruchu, tak aby odpowiedzieć choremu na podstawowe (wyłącznie) pytania w tych sprawach; często chory zwraca się do „swojego” lekarza z różnymi wątpliwościami i to jego opinia mocno kształtuje pogląd chorego; nie jest dobrze, jeżeli lekarz innej specjalności zniechęca chorego do leczenia, którego nie zna (np. do stosowania metotretksatu, glikokortykosteroidów czy leków biologicznych),
 - właściwego, krytycznego stosunku do metod o nieustalonej wartości, o które często pyta chory lekarza, podobnie jak w wyżej opisanym problemie.
3. Ustalenie zakresu podstawowego (tzw. minimum programowego) jest trudne. Nie jest bowiem łatwo powiedzieć „tego nie musi znać lekarz kończący studia”, a jak wspomniano ilość wymaganej wiedzy musi być ograniczona. Wydaje się, że minimum programowe powinno uwzględnić następujące elementy:
- składowe wywiadu, które są niezbędne do wykrycia zmian lub objawów wskazujących na chorobę narządu ruchu,
 - znajomości najważniejszych i najczęstszych czynników związanych z występowaniem chorób reumatologicznych (np. charakterystyka demograficzna chorych, u których najczęściej występują określone choroby),
 - umiejętności przeprowadzenia orientacyjnego badania fizykalnego narządu ruchu,
 - znajomości najważniejszych pozostałych zmian towarzyszących chorobom reumatycznym,
 - znajomości podstawowych zasad interpretacji wyników badań laboratoryjnych stosowanych najczęściej w reumatologii,
 - znajomości ogólnej charakterystyki następujących grup chorób:
 - reumatoidalnego zapalenia stawów,
 - spondyloartropatii seronegatywnych,

- choroby zwyrodnieniowej stawów,
 - krystalopatii,
 - układowych chorób tkanki łącznej,
 - zmian stawowych towarzyszących chorobom innych narządów,
- znajomości ogólnych zasad stosowania najczęściej używanych leków w reumatologii.

Podając powyższy zakres nauczania, mam świadomość ogólności użytych sformułowań. Nie jest jednak celem artykułu podanie dokładnego sylabusu, a raczej uświadomienie potrzeby zmian i ustalenia ich kierunku, tak aby uniknąć takich częstych błędów, jak:

- odwlekanie leczenia zapalenia stawów przez stosowanie jedynie leków przeciwbólowych,
- „nadrozpoznanie” tocznia rumieniowatego u chorych w wieku starszym ze zwiększonym mianem przeciwciał przeciwjądrowych i wpajanie tym pacjentom poczucia ciężkiej choroby,
- lekceważenie objawów mniej częstych chorób, takich jak wczesna faza twardziny („objaw za ciasnych rękawiczek”),
- wylewanie płynu stawowego po odbarczeniu stawu zamiast przekazania go do badania w laboratorium,
- lekceważenie objawów miopatii (bez cech zapalenia mięśni),
- leczenie osteoporozy na podstawie pojedynczych wyników badań gęstości kości, wykonanych niewłaściwymi metodami,

- nieznajomość objawów układowych zapaleń naczyń,
- rozpoznania „kolagenozy” u każdego chorego z niejasnymi dla lekarza objawami,
- „straszenie” chorych skutkami leczenia modyfikującego lub immunosupresyjnego.

Myślę, że każdy praktykujący reumatolog mógłby wydłużyć tę listę. Dlatego zachęcam do dyskusji i współdziałania w ustaleniu realnego do wykonania (i przyswojenia) minimum programowego z reumatologii.

Uwagi końcowe

Właściwe nauczanie na wszystkich etapach jest bardzo złożone i uwarunkowane wieloma czynnikami. Nauczanie przeddyplomowe stanowi część kształcenia lekarza. Pozostałymi częściami dotyczącymi reumatologii są staż podyplomowy zakończony egzaminem, kształcenie w zakresie chorób wewnętrznych, kształcenie specjalistyczne, kształcenie lekarzy innych specjalizacji związanych z reumatologią oraz kształcenie ustawiczne (zarówno reumatologów, jak i lekarzy innych specjalności).

Tematyka, zakres i sposób kształcenia na wszystkich etapach powinny być skoordynowane, a głos zainteresowanych, tj. reumatologów, powinien istotnie wpływać na przebieg procesu edukacyjnego. Dlatego wyrażam nadzieję, że przedstawiony artykuł będzie podstawą do dalszej dyskusji.